

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**wykonanych w miesiącu ..... 20..... r.**  
**w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**  
**przez lek. ....**

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin	Ilość godzin udzielania świadczeń przez Głównego Lekarza Dyżurnego Szpitala.
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

.....  
 (podpis i pieczęć lekarza  
 udzielającego  
 świadczeń zdrowotnych)

.....  
 Potwierdzenie wykonania  
 świadczeń zdrowotnych  
 (podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)